

附件 2

邢台医学院第二附属医院（邢台市肿瘤医院）
2025 年度公开选聘工作人员报名表

报名岗位代码：_____联系电话：_____

姓 名		性别		民族		照片
出生年月		户籍所在地				
身份证号			婚姻状况			
职称			政治面貌			
现住址				联系电话		
在高校期间 担任主要职务：						
学习简历	起止年月	毕业院校及院系（具体到二级学院）		所学专业（以毕业证或成绩单注明专业为准）	学习形式（全日制等）	
高中						
专科						
本科						
硕士研究生						
博士研究生						
科研成果奖励情况						

工作简历	起止年月	单位名称 (档案存放地)		单位性质 (企业、事业、机关)
家庭主要成员及社会关系	称谓	姓名	工作单位	
是否失信 被执行人				
个人 诚信 保证	本人对本次选聘事项已全部明了,并自愿遵守履行。以上所填各项内容真实,所提供的信息如有虚假,取消考试资格,责任自负。 本人签字(手写):			
审查人(签字): _____ 学历审核 _____ 户籍年龄审核 年 月 日				

注: 1.此表由参加选聘考试报名者自行从网上用 A4 纸下载,内容填好后正反面打印,签字需要手写。

2.报名者需填写此表一式两份,并贴上本人近期免冠小二寸照片。

3.学习时间和工作时间要连续,不可间断,无工作可写待业。